

問診票

しもたかいどホームドクタークリニック

ふりがな				男 ・ 女
お名前				
生年月日	西暦	年	月	日 (歳)
住所	〒			
電話番号(自宅)		携帯番号		
ご職業				

● 下記の問診にお答えください

1	いつから、どのような症状ですか	いつから () ----- どのような ()	
2	現在、治療している病気や、飲んでいるお薬はありますか ※おくすり手帳がありましたら、ご提示ください	いいえ ・ はい 治療中の病気 () ----- 飲んでいる薬 ()	
3	過去に大きな病気にかかり、入院や手術をされましたか	いいえ ・ はい ()	
4	今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか	いいえ ・ はい (何に:)	
5	熱はありますか	いいえ ・ はい (本日から ・ 日前から、最高 °C)	
6	右記に該当する症状はありますか 該当する症状をチェックしてください	<input type="checkbox"/> 該当する症状なし <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 食欲不振、低下	
7	海外渡航歴はありますか	いいえ ・ はい (いつ どこへ)	
8	周囲に新型コロナウイルスの疑いのある方や感染している人はいますか	いいえ ・ はい (いつ どこで)	
9	コロナワクチンの接種はしていますか	いいえ ・ はい (1回目 月 日頃 2回目 月 日頃)	
	※はいの方のみお答えください ワクチンのメーカー	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> わからない	
	※はいの方のみお答えください 接種後に迷走神経反射やショックなど重篤な症状はありましたか	いいえ ・ はい (いつ どのような)	
10	※女性の方のみお答えください 現在、妊娠していますか	いいえ ・ はい (ヶ月) ・ わからない	授乳中

その他、気になること・医師に伝えておきたいことがありましたらご記入ください

--